

Prestationsersättning till Norrbotten 2013

		Palliativregistr	Senior alert			Demensreg	Läkemedelsindikatorer			Sammanhållen vård och omsorg					
		God vård i livets slut, förbättring minst 5% eller 10%	Resultat på de olika indikatorerna			SveDem registret (primvård (kommun))	Norrbotten har klarat alla tre indikatorer, fördelning till länet.			Resultatet beräknas totalt för hela länet					
KOMMUN	PRESTATIONERS förbättring 5-9,99%	PRESTATIONERS förbättring minst 10%	PRESTATIONERS 90% riskbed på säbo	PRESTATIONERS - antal godkända riskbedömningar	PRESTATIONERS antal munhälsobed	PRESTATIONERS antal reg i SveDem	PRESTATIONERS antal reg i BPSD	Prestationsersättning Olämpliga läkemedel	Prestationsersättning Läkemedel mot psykos	Prestationsersättning Antiinflammation	Prestationsersättning Återinläggning < 30 dagar	Prestationsersättning Undvikbar slutenvård	Total summa per kommun	KOMMUN	
	Arjeplog	0	0	0	0	0		0	33 454	49 308	33 454			116 216	Arjeplog
Arvidsjaur	0	0	0	59 080	72 398		0	72 441	105 166	72 441			381 526	Arvidsjaur	
Boden	0	0	0	56 017	0		35 431	236 947	374 208	236 947			939 550	Boden	
Gällivare	0	0	0	73 960	29 748		0	172 891	262 309	172 891			711 799	Gällivare	
Haparanda	0	0	248 347	17 943	358	Endast primärvård	63 776	83 852	144 103	83 852	Norrbotten har inte klarat någon av indikatorerna och får ingen prestationsersättning		642 231	Haparanda	
Jokkmokk	0	0	0	0	0		0	56 190	80 118	56 190				192 498	Jokkmokk
Kalix	268 257	0	0	83 150	50 535		63 776	167 531	259 459	167 531				1 060 239	Kalix
Kiruna	0	0	0	59 080	70 247		350 765	181 190	278 321	181 190				1 120 793	Kiruna
Luleå	0	0	1 336 430	310 718	284 215		269 274	531 985	851 884	531 985				4 116 491	Luleå
Pajala	0	0	0	38 074	33 332		35 431	83 074	119 662	83 074				392 647	Pajala
Piteå	0	0	0	34 573	3 942		0	322 442	529 046	322 442				1 212 445	Piteå
Älvsbyn	0	0	0	9 190	10 752		0	86 532	124 453	86 532				317 459	Älvsbyn
Övertorneå	0	0	178 667	84 463	0		95 663	44 174	67 018	44 174				514 159	Övertorneå
Övertorneå	83 838	103 820	194 747	70 459	49 101		0	53 078	81 089	53 078				689 210	Övertorneå
Tot kommun	352 095	103 820	1 958 191	896 707	604 628		914 116	2 125 781	3 326 144	2 125 781	0	0	12 407 263	Tot kommun	
NLL	150 898	44 494		973 521	695 003	0		911 049	1 425 491	911 049	0	0	5 111 505	Totalt NLL	
Totalt för länet	502 993	148 314	1 958 191	1 870 228	1 299 631	0	914 116	3 036 830	4 751 635	3 036 830	0	0	17 518 768	Totalt för länet	



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet



Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2014

överenskommelse
mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

Överenskommelsen handlar om att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting.

1 Inledning	3
2 Satsningens målsättning	3
3 Målgrupp för satsningen	4
4 Den ekonomiska omfattningen av satsningen	4
5 Fördelning av medel	5
5.1 GRUNDLÄGGANDE KRAV	5
5.2 STÖD TILL ETT LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE	5
5.3 PRESTATIONS- OCH RESULTATERSÄTTNING	11
6 Kortfattad sammanfattning i tabellform	16
7 Återrapportering	17
8 Beslut om utbetalning av medel	17
9 Gemensam uppföljning av indikatorerna	17
10 Redovisning av ekonomiska medel och återbetalning	18
11 Utvärdering av överenskommelsen	18
12 Godkännande av överenskommelsen	18
Bilaga 1 Mål för regeringens äldrepolitik	19
Bilaga 2 Uppdrag till Socialstyrelsen	21
Bilaga 3: Utformning av rekvisition och ekonomisk redovisning	24
REKVISITION AV BIDRAG	24
EKONOMISK REDOVISNING	25

1 Inledning

Sedan 2010 har regeringen ingått årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting kring vård och omsorg om de mest sjuka äldre. I dessa överenskommelser har statsbidraget inriktats mot att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Denna satsning har fortsatt 2012 och 2013 inom ramen för en betydligt större satsning med syftet att ge stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård av och omsorg om de mest sjuka äldre. Denna bredare satsning fortsätter under 2014 och upphör vid årsskiftet 2014/15.

2 Satsningens målsättning

Parterna är överens om att statliga stimulansbidrag inom äldreområdet framför allt ska kopplas till resultat och prestationsbaserade mål. Under det kommande året kommer främst åtgärder som underlättar en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre att prioriteras. De medel som avsätts för 2014 ska huvudsakligen fördelas enligt en prestations- och resultatbaserad modell. Satsningen syftar till att, genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Syftet med intjänade prestationsmedel under 2014 är att de ska användas till förbättringsarbete inom vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2015. Prestationsbaserade medel inom ramen för denna överenskommelse får således användas under 2015. Målet är även att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i högre grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Det arbete som bedrivs inom ramen för satsningen ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet. Även enskilda utförare omfattas av satsningen. Målen för satsningen finns beskrivna i *bilaga 1*.

Det är angeläget att utförare av verksamheter som, oavsett driftsform, riktar sig till de mest sjuka äldre engageras i satsningen på en mer sammanhållen vård och omsorg. Famna och Vårdföretagarna erhåller medel till utvecklingsledare som stöd för förbättrings- och kvalitetsarbete bland sina medlemmar samt till analysarbete och samordning av satsningen. Även med detta nationella stöd till privata utförare kan det finnas ett behov av mer upparbetade kontaktytor mellan den regionala nivån och de privata utförarna. Det finns också ett berättigat intresse hos samtliga aktörer att den statliga prestations- och resultatbaserade satsningen bidrar till ett långsiktigt förbättringsarbete. Det är en stor och viktig utmaning för kommuner och landsting som huvudmän, att tillsammans med privata utförare diskutera formerna för samarbete och i avtal – med hänsyn till mycket varierande ersättningsmodeller – formulera sådana villkor att de statliga medlen bidrar till en effektiv styrning mot en förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Detta är minst lika viktigt för att alla utförare oavsett driftsform ska kunna delta och bidra till vårdens utveckling som att prestationsersättningarna fördelas på lika villkor.

Sett ur den enskildes perspektiv så är målsättningen följande.

Mål

Jag kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg

Målbild

Jag kan som äldre med behov av omsorg och vård lita på att jag får den goda omsorg och vård jag behöver när jag behöver den och det är lätt att få kontakt med den. Om jag har hemtjänst kan jag så långt möjligt välja när och hur stöd och hjälp ges. Jag får stöd att leva ett värdigt liv

och känna välbefinnande även när jag är i behov av omsorg och vård. Om jag behöver hembesök av läkare eller annan sjukvårdspersonal på grund av svårigheter att förflytta mig erbjuds jag detta. Jag kan lita på att läkemedelsbehandlingen är korrekt och följs upp regelbundet. Ansvaret för att samordna den omsorg och vård jag behöver är tydligt och något jag får hjälp med om jag behöver det. Jag känner mig trygg i att mina behov av omsorg och vård blir omhändertaget på ett kompetent och säkert sätt med hög kvalitet och värdigt bemötande. Jag blir alltid tillfrågad, informerad och får den kunskap jag behöver om olika vård- och hjälpinsatser och får möjlighet att själv välja. Om jag så önskar är mina närstående väl informerade om min situation och om den omsorg och vård jag får samt delaktiga i planeringen. När jag vårdas i livets slutskede får jag lindring för smärtor och andra symtom, får vårdas där jag vill dö och behöver inte dö ensam.

3 Målgrupp för satsningen

För att kunna förbättra livssituationen för de mest sjuka äldre så krävs det vetskap om vilka personer som omfattas och hur stor gruppen är. Socialstyrelsen har därför haft i uppdrag att ta fram en definition av gruppen mest sjuka äldre, inte minst för att kunna följa upp överenskommelsens satsningar på ett enhetligt sätt. Den definition av de mest sjuka äldre som Socialstyrelsen föreslagit och som används i denna överenskommelse är följande:
Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

Parterna är överens om att avgränsningen av gruppen mest sjuka äldre innefattar samtliga män och kvinnor 65 år eller äldre med behov av omfattande sjukvård eller omfattande omsorg. Med omfattande sjukvård avses något av följande: multisjuklighet (tre diagnoser senaste 12 månaderna) eller fler än 19 vård dagar i slutenvård eller fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju läkarbesök i öppen specialistvård. Med omfattande omsorg menas de äldre som bor permanent i särskilt boende, de som har beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, de som bor i korttidsboende eller har beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS). 2012 utgjorde denna grupp 18 procent av befolkningen 65 år och äldre dvs. 315 000 personer.

4 Den ekonomiska omfattningen av satsningen

Regeringen har sammanlagt avsatt cirka 4,3 miljarder kronor under mandatperioden för att förbättra vården av och omsorgen om de mest sjuka äldre. De medel som har avsatts fördelas huvudsakligen enligt en prestationsbaserad modell och utbetalas till de huvudmän som uppfyller på förhand bestämda krav. Den prestationsbaserade ersättningen utformas som ett erbjudande till kommuner och landsting för att förstärka arbetet med att gemensamt ta ansvar för de mest sjuka äldre. Denna överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre omfattar 1 001 000 000 kronor. Utöver överenskommelsen kommer det inom ramen för satsningen att fattas beslut om särskilda regeringsuppdrag till myndigheter, se *bilaga 2*.

Utbetalning av resultat- och prestationsbaserade medel för 2014 sker senast i december 2014 baserat på uppnådda resultat under 2014. Exakt mätperiod anges i genomförandeplanen. Medel utbetalas av Kammarkollegiet efter beslut av regeringen. Utbetalning sker från anslag 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken och 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

5 Fördelning av medel

För att ha möjlighet att delta i tilldelningen av de prestationsbaserade medlen som avsätts är parterna överens om att huvudmännen måste uppfylla vissa grundläggande krav. Under förutsättning att dessa grundläggande krav är uppfyllda har huvudmännen möjlighet att få del av de prestationsbaserade medlen som presenteras i avsnitt 5.3.

Parterna är överens om följande delar i överenskommelsen om Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre för 2014.

5.1 Grundläggande krav

Följande förutsättningar ska vara uppnådda för att landsting och kommuner ska kunna få möjlighet att ta del av medlen för 2014:

1. Det ska i länet finnas en struktur för ledning och styrning i samverkan. Det ska finnas ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en aktuell handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård- och omsorg om de mest sjuka äldre. Den gemensamma handlingsplanen för 2014 ska innehålla en beskrivning av förbättringsområden utifrån lokala förutsättningar, konkreta och mätbara mål, planerade aktiviteter samt en beskrivning av hur uppföljningen ska gå till och hur resultaten ska redovisas. I handlingsplanen ska utvecklingsledarnas roll och mandat anges liksom hur länet avser att fortsätta arbeta med utvecklingsledare när statlig finansiering upphör. Handlingsplanen ska även beskriva hur länet avser att skapa långsiktighet i det systematiska förbättringsarbetet och hur privata och idéburna utförare kan involveras.
2. Samtliga kommuner och landsting har fattat beslut att införa ett ledningssystem för kvalitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och har också dokumenterat hur det systematiska förbättringsarbetet avseende riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering ska bedrivas när det gäller vård och omsorg om äldre. Under 2014 ska kommuner och landsting beskriva hur det systematiska förbättringsarbetet avseende riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering har bedrivits när det gäller vård och omsorg om äldre och vilka resultat som har uppnåtts i arbetet med att säkra verksamheternas kvalitet.

5.2 Stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete

Utvecklingsledare

Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens uppgift att producera och använda relevant kunskap och informationsteknik har som övergripande mål att brukare och patienter ska få del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap. I samband med den första överenskommelsen med staten år 2009 om en evidensbaserad praktik – Program för en god äldreomsorg – inleddes arbetet med att skapa regionala stödstrukturer för kunskapsutveckling. Målen med de regionala stödstrukturerna är att:

- kunna försörja länet/regionen med ett praktiskt verksamhetsstöd
- skapa förutsättningar för en evidensbaserad praktik i hela socialtjänsten och angränsande delar av hälso- och sjukvården
- möjliggöra lokala och regionala politiska prioriteringar och strategier inom välfärdsområdet

Utvecklingsledarna utgör viktiga delar av den regionala nivåns utvecklingsarbete. Deras arbete bidrar till att nå målen om ett praktiskt verksamhetsstöd och för att skapa

förutsättningar för en evidensbaserad praktik i hela socialtjänsten och angränsande hälso- och sjukvård. De medverkar till att kunskap sprids och används inom berörda verksamheter.

Under 2010 inleddes ett utvecklingsarbete som syftar till att stödja kommuner, landsting samt enskilda utförare i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete med fokus på de mest sjuka äldre. Mellan tre till fem utvecklingsledare per län samt samordnare för de idéburna och privata aktörerna har fått statlig finansiering för detta arbete.

Parterna är överens om att detta arbete ska fortsätta att få statligt stöd under 2014 men att det statliga stödet därefter upphör och ansvaret för fortsatt finansiering övertas av huvudmännen inom respektive län från 2015. Utvecklingsledarna ska fungera som ett regionalt stöd i huvudmännens kunskaps- och förbättringsarbete när det gäller att utveckla en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Utvecklingsledarnas roll har förändrats i takt med att utvecklingsarbetet framskridit. I den första fasen av satsningen har mycket tid tagits i anspråk för att få äldreomsorgens medarbetare att komma igång med registrering i kvalitetsregister. Efterhand som spridningen av registren ökat har krav ställts på att analysera och dra slutsatser av resultaten för att kunna initiera förbättringsarbeten i länet. Utvecklingsledarnas uppgifter numera fokuserar därför mer på att fungera som stöd i olika förbättrings- och utvecklingsarbeten. En viktig uppgift 2014 blir att bidra till att de nya arbetssätten blir vardag och det normala sättet att utföra uppgifter inom vård och omsorg.

Inom ramen för en överenskommelse om evidensbaserad praktik och eHälsa får länen del av ett statligt stimulansbidrag för införandet av eHälsa i kommunerna samt statlig finansiering för en regional samordnare av eHälsa. En fungerande informationsöverföring är central för att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg över utförar- och organisationsgränser. Målet är bl.a. att kommunerna ska införa Nationell patientöversikt (NPÖ) och åtkomst till information samt att fler e-tjänster införs inom äldreomsorgen. Alla landsting har infört NPÖ men för att det ska fungera väl krävs att alla vårdgivare använder sig av verktyget. Det innebär att även kommunerna bör införa NPÖ och parterna är överens om att detta arbete är viktigt och bör prioriteras framöver. Arbetet med att utveckla NPÖ i landstingen beskrivs i överenskommelsen om Patientsäkerhet.

Det förbättringsarbete som utvecklingsledarna ska understödja, ska inriktas mot de områden som lagts fast, i den för huvudmännen i varje län beslutade handlingsplanen, och härigenom bidra till bättre måluppfyllelse. Det är angeläget att bästa tillgängliga kunskap läggs till grund för förbättringsarbetet samt att utvecklingsledarna får ett tydligt mandat och uppdrag. Sammanlagt avsätts 72 miljoner kronor 2014 för utvecklingsledarna i länen. Av dessa medel får Famna och Vårdföretagarna tre miljoner kronor vardera för 2014 till utvecklingsledare som stöd för förbättrings- och kvalitetsarbete bland sina medlemmar. Regeringen bedömer att de tjänster som Famna och Vårdföretagarna ska tillhandahålla är av allmänt intresse, och ska ges i enlighet med EU-kommissionens beslut av den 20 december 2011 (2012/21/EU). En plan för genomförandet ska ligga till grund för utbetalning av medlen till Sveriges Kommuner och Landsting som i sin tur förmedlar medlen till huvudmän, Famna och Vårdföretagarna. SKL ansvarar för att säkerställa att medlen används i enlighet med denna plan. I planen ska även anges hur långsiktighet kan skapas i det regionala stödet till det systematiska förbättringsarbetet.

Ledningskraft – att gå från ord till handling

Förbättringar för de mest sjuka äldre ställer stora krav på kunskap om och erfarenhet av att leda förändring i komplexa system. För att uppnå en långsiktigt hållbar förändring i vårdens alla verksamheter krävs därför en aktiv ledning och styrning. Politiker, chefer och ledare på alla nivåer måste prioritera att nå de uppsatta målen och följa upp resultaten av arbetet så att de handlingsplaner som arbetats fram i alla län verkligen blir genomförda fullt ut. Mötesplatser för dialog och kraftsamling samt presentation av ny kunskap behövs för att handlingsplanerna ska kunna omsättas i praktisk handling och leda till en varaktig förändring.

Som kompletterande stöd för chefer har det under 2012 och 2013 erbjudits mötesplatser kallad Ledningskraft i syfte att skapa nationella sammankomster som kan stärka chefers kompetens i förbättringsarbetet med fokus på att gå från ord till handling och omsätta den läns gemensamma handlingsplanen till praktisk vardag. Ledningskraft är en viktig del i arbetet med att införa ett nytt arbets sätt i vård och omsorg om äldre som är mer strukturerat, förebyggande, evidensbaserat och använder sig av resultat från kvalitetsregister och öppna jämförelser i såväl styrning och ledning som i det dagliga förbättringsarbetet i verksamheterna.

Ledningskraft vänder sig till hälso- och sjukvårds- och äldreomsorgs verksamheter i hela Sverige oavsett driftsform. Målgruppen är verksamhetschefer från slutenvård, äldreomsorg och primärvård, som bildar chefsteam med uppdrag att bidra till genomförandet av respektive läns handlingsplan. Chefsteamerna är representanter för sitt län och dess handlingsplan och har genom deltagande i programmet rustats för fortsatt kapacitetsbyggande i kommuner, landsting och bland enskilda utförare i respektive län. Utvecklingsledarna och kvalitetsregistren är nära kopplade till Ledningskraft och utgör viktiga verktyg i förbättringsarbetet. Även Famna och Vårdföretagarna är inkluderade i genomförandet för att säkerställa att utveckling sker hos alla utförare. För att kunna fortsätta denna nationella satsning som omfattar hela landet är parterna överens om att 12 miljoner kronor avsätts för detta ändamål för 2014.

Försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg

I överenskommelsen från 2010 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ingår en treårig satsning på försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Sveriges Kommuner och Landsting har ansvarat för utlysning, beredning och beslut att tilldela 19 projekt försöksmedel med början hösten 2010. Projekten handlar bl.a. om organisatoriska lösningar – äldrelots, mobila team, samlokaliserade verksamheter liksom ett antal projekt som syftar till att förbättra vård- och omsorgsprocessen. Erfarenheterna från projekten har haft stort värde när det gäller att stimulera utvecklingen i riktning mot en mer sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Parterna är överens om att denna satsning avslutas i och med utgången av 2013. Sveriges Kommuner och Landsting har i en skrift presenterat samtliga försöksverksamheter och resultaten och erfarenheterna från dessa sprids nu via utvecklingsledarna och Ledningskraft för att komma andra verksamheter tillgodo. Socialstyrelsen har dessutom i uppdrag att vetenskapligt utvärdera försöksverksamheterna samt ett antal samverkansnätverk. Socialstyrelsen lämnar en slutrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 april 2014.

Äldres psykiska ohälsa

Äldres psykiska ohälsa är ett område som under lång tid varit eftersatt trots att behoven är stora och förekomsten av depressionssjukdom relativt vanlig. Den enskilt viktigaste orsaken

är troligen en föreställning att psykisk ohälsa i form av bl.a. depression är en ”naturlig” del av åldrandet.

Själv mord är den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa och aktuell statistik visar att de flesta fullbordade självmorden återfinns bland män över 65 år. Äldres tankar om självmord inrymmer ytterligare en komponent – gränsdragningen mellan vad som är psykisk ohälsa och vad som är existentiella frågor när livet närmar sig slutet. Det kräver kompetens och mognad hos såväl personal som organisation att möta dessa frågor.

Regeringen har satsat på suicidprevention på flera sätt, bl.a. på ett material ”Första hjälpen till psykisk hälsa” från Australien. Det har översatts av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) och används som ett studiematerial för yrkesgrupper som kommer i kontakt med människor som mår psykiskt dåligt. Materialet handlar i huvudsak om att göra personal trygga i mötet med psykisk ohälsa, kunna prata om självmord och stödja den enskilde att ta kontakt med rätt vårdnivå. Sveriges Kommuner och Landsting har under 2013 ansvarat för att ta fram och testat ett kompletterande material ”Första hjälpen till psykisk hälsa för äldre”.

För 2014 ska Sveriges Kommuner och Landsting genomföra utbildningar för ”utbildare” i ”Första hjälpen till psykisk hälsa för äldre” samt sprida och implementera arbetssättet. För detta uppdrag erhåller Sveriges Kommuner och Landsting tre miljoner kronor. Sveriges Kommuner och Landsting ska i arbetet samverka med övriga satsningar på området t.ex. Socialstyrelsens arbete med en vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa, ”Första hjälpen till psykisk hälsa”, Webbutbildningen ”Våga fråga – våga se!” på Kunskapsguiden. Myndigheten för vårdanalys kommer att utvärdera och följa upp insatsen.

Kvalitetssäkrad välfärd

Sveriges Kommuner och Landsting inledde år 2011 ett utvecklingsarbete kring uppföljning och kontroll av välfärdstjänster inom ramen för det prioriterade området Kvalitetssäkrad välfärd. I samband med överenskommelsen om en Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012 erhöll Sveriges Kommuner och Landsting medel med syfte att erbjuda ett förstärkt stöd till denna satsning.

Under 2013 har den nu utvidgade projektorganisationen gått ut till samtliga kommuner med en direkt inbjudan och information har getts i samband med deltagande i seminarier och nätverk. En interaktiv hemsida har utvecklats med möjlighet att få svar på konkreta frågor samt ladda ner olika former av stöd, utbildningsmaterial och hjälpverktyg. I det s.k. vårdvals nätverket för landstingen och motsvarande valfrihetsnätverk för kommunerna diskuteras vilka konkreta utvecklingsinsatser som ska prioriteras i det fortsatta arbetet. Ytterligare nätverk är på väg att etableras med ett sextiototal anmälda kommuner och samtal förs med ytterligare ett femtiotal kommuner. Dessutom erbjuds kommunerna individuellt stöd. Öppna jämförelser och de vägledningar som Socialstyrelsen publicerat används och sprids i detta arbete.

Parterna är överens om statligt stöd för 2014 till Sveriges Kommuner och landsting med 8 miljoner kronor för en utvidgad satsning som innebär att kommuner och landsting erbjuds praktiskt processtöd på bl.a. följande områden:

- Egenvärdering, nulägesanalys av befintlig uppföljning, prioriteringsskattning i uppföljningsarbetet samt stöd i utveckling av uppföljningsarbetet
- Stöd med metoder, genomförande och analys av resultat
- Stöd i införande av kvalitetsledningssystem.

Även privata och idéburna utförare ska involveras i satsningen och samverka med Famna och Vårdföretagarna.

Stöd till förändrat arbetssätt med hjälp av kvalitetsregister

Sedan 2010 har två kvalitetsregister – Svenska Palliativregistret och Senior alert – valts ut för utvecklingsstöd med syfte att användas i hela landet. Sedan 2011 har regeringen även gett utvecklingsstöd till ytterligare två kvalitetsregister – Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD).

För 2014 satsas på ytterligare ett kvalitetsregister – RiksSår – som är ett kvalitetsregister om svårläkta sår. I RiksSår registreras patienter (20 000 till 40 000) med svårläkta sår som förorsakar smärta och ofta dålig lukt. Sårbehandling sker i primärvård, slutenvård, inom kommunerna, på sårtagningar och hos privata vårdgivare. Genom att arbeta med RiksSår kan läkningstider förkortas och antibiotikabehandling minska med ökad livskvalitet för den som drabbas.

Parterna bedömer utvecklingen av dessa kvalitetsregister som viktiga för att främja ett systematiskt förbättringsarbete och syftet är att de ska leda till ett förändrat arbetssätt som innebär kvalitets- och effektivitetsvinster inom vården och omsorgen om sjuka äldre. Härutöver bör de kunna bli en viktig informationskälla för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre personer. Samtliga fem register innehåller uppgifter om angelägna förbättringsområden som är relevanta för de mest sjuka äldre. Deltagande i registren kan stimulera personalen till ett förändrat arbetssätt. Det handlar om att på ett systematiskt och standardiserat sätt förebygga fallskador, undernäring, trycksår, förbättra munhälsan, den palliativa vården och demensvården. Via registren kommer vården och omsorgens resultat att bli mer synliga.

De nämnda kvalitetsregistren utgör en struktur och ett stöd för dem som arbetar i vård och omsorg om mest sjuka äldre att följa den bästa tillgängliga evidensen och de riktlinjer som satts upp inom området. I kvalitetsregistren samlas viktiga data som på olika sätt kan återföras till verksamheten och ledningarna. De ger ett adekvat underlag för uppföljning, ledning och styrning samt förbättringsarbete på enhetsnivå men är också viktig information på lokal, regional och nationell nivå. Data uppdateras online och är därför alltid aktuella. Registrering i kvalitetsregister får dock inte begränsa eller ersätta den ordinarie dokumentationen enligt gällande regelverk.

Parterna är överens om behovet av förbättring av vårdens och omsorgens arbetssätt för de mest sjuka äldre när det gäller preventivt arbetssätt, palliativ vård, demensvård och sårbehandling genom att fortsätta stödja utvecklingen av de nämnda kvalitetsregistren:

- Svenska Palliativregistret, 6 miljoner kronor
- Senior alert, 10 miljoner kronor
- SveDem, 4 miljoner kronor
- BPSD, 4 miljoner kronor

- RiksSår, 4 miljoner kronor

Sammanlagt utbetalas 31 miljoner kronor till Sveriges Kommuner och Landsting som i sin tur fördelar 28 miljoner kronor till de olika registren i enlighet med en av regeringen godkänd genomförandeplan. Registrens utdatarapportering och tekniska plattformar ska utvecklas och samordnas ytterligare för att bli mer analys- och användarvänliga. Registren ska utvecklas i samverkan med Socialstyrelsens arbete med nationell informationsstruktur och fackspråk. Detta i kombination med utveckling av tekniska lösningar för att göra det möjligt med automatisk överföring av data från journal och socialtjänstens dokumentation till kvalitetsregistren. Fler variabler introduceras i Senior alert, t.ex. urininkontinens. Svenska Palliativregistret ska utvecklas mot att även bli ett processregister, dvs. registrering påbörjas redan när en person bedöms befinna sig i livets slutskede och inte enbart i efterhand.

Kvalitetsregistren ska även kvalitetssäkra inrapporterade uppgifter. Registerhållarna ska lämna in en plan för hur de under året gemensamt ska arbeta med riskbaserad kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter. För samordning av och hjälp med analysarbete och genomförande inom idéburna utförare erhåller Famna en miljon kronor, inom privat drivna verksamheter erhåller Vårdföretagarna en miljon kronor och för samordning och hjälp med analysarbetet av arbetet med kvalitetsregister på nationell nivå får Sveriges Kommuner och Landsting en miljon kronor. I arbetet med att utveckla kvalitetsregistren ska det säkerställas att detta sker på ett sätt som är förenligt med gällande sekretess- och registerlagstiftning.

Nationell samordning

Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar enligt överenskommelsen från 2010 för samordning hos huvudmännen av insatserna genom bl.a. nationell samordning, nätverksskapande arbete, seminarier, konferenser och andra former av erfarenhetsutbyte samt redovisning, sammanställning och återföring av resultat från utvecklingsarbetet. Detta är nära kopplat till Sveriges Kommuner och Landstings prioriterade område *Bättre liv för sjuka äldre* och har därmed starkt politiskt stöd och engagemang. För en jämlik vård och omsorg och ett lyckat införande av ett strukturerat, systematiskt och förebyggande arbetsätt med hjälp av kvalitetsregistren förutsätts att alla kommuner och landsting deltar. I detta arbete har Sveriges Kommuner och Landsting en roll att samordna arbetet nationellt och skapa möjligheter för långsiktigt hållbart erfarenhetsutbyte mellan huvudmännen och att alla utförare oavsett driftsform inkluderas på lika villkor.

Under 2012 och 2013 har Sveriges Kommuner och Landsting tagit initiativ till att utveckla en utdataportal där huvudmännen och andra intresserade kan följa det nationella förbättringsarbetet i relation till de uppsatta målen. För att stödja chefer och ledare att använda resultat från kvalitetsregister för ledning och styrning behövs dessutom aktuella, lättåtkomliga utdatarapporter som ger en samlad bild av resultaten från de fyra kvalitetsregistren. Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för att sådana utdatarapporter utvecklas och driften av utdataportalerna.

Parterna är överens om ett statligt stöd om 8,5 miljoner kronor till Sveriges Kommuner och Landsting för nationell samordning av de pågående satsningarna och att dessa ska vidareutvecklas under 2014. Syftet är att skapa goda förutsättningar för en tydlig kommunikation, erfarenhetsutbyte, spridning av kunskaper, ett effektivt utnyttjande av resurser samt en tydlig struktur för samordning på den nationella nivån. I uppdraget ingår även att samordna denna överenskommelses insatser med andra relevanta överenskommelser

som t.ex. patientsäkerhetsöverenskommelsen samt överenskommelsen om evidensbaserad praktik och eHälsa inom socialtjänsten. En plan för genomförandet ska ligga till grund för utbetalning av medlen. I planen avser Sveriges Kommuner och Landsting beskriva vilka insatser som behövs för ett fortsatt stöd av nya arbetssätt efter 2014.

5.3 Prestations- och resultat ersättning

God vård i livets slutskede

Årligen dör cirka 95 000 personer i Sverige, varav cirka 80 procent är väntade dödsfall där det finns behov av någon form av palliativ vård. God kvalitet i vård och omsorg den sista tiden i livet och ett värdigt slut utgör ett av de nationella målen för vård och omsorg. Ett stöd i arbetet är användning av Svenska Palliativregistret. De enheter som registrerar kan utifrån den kunskap som registreringen erbjuder bedriva en strukturerad vård i livets slutskede, vilket gäller även de enheter som har få döende patienter. Den enhet som vårdade patienten den sista veckan i livet registrerar efter dödsfallet bl.a. förekomsten av informerande samtal, möjlighet att välja vårdform den sista tiden, skattning av smärta och andra symptom, ensamhet i dödsögonblicket och efterlevandessamtal.

Intresset för att delta i registret har ökat kraftigt sedan 2010. Av samtliga dödsfall i Sverige registreras nu 67 procent i Svenska palliativregistret. För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet men också för att stimulera uppnådda och bibehållna resultat i den palliativa vården för de mest sjuka äldre ges fortsatt prestationsbaserat stöd till de verksamheter som registrerar i Svenska palliativregistret. Stöd ges till verksamheter som förbättrat resultaten eller har en bibehållen hög resultatnivå avseende fyra viktiga indikatorer.

Prestationsersättning 2014

Ett grundläggande krav för att få del av medlen är att täckningsgraden för registrering av dödsfall i Svenska palliativregistret är minst 70 procent av dödsfallen bland befolkningen i en kommun (mätt som andel registreringar per kommun oberoende av om de får sin vård och omsorg från kommun, landsting eller enskild utförare i förhållande till antalet dödsfall i kommunen).

Av dem som registrerar minst 70 procent av dödsfallen fördelas 50 miljoner kronor till de kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform under mätperioden har förbättrat sin vård och omsorg i livets slutskede med i genomsnitt 5 procent för fyra indikatorer i resultatspindeln som rör brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel mot ångest vid behov. Indikatorerna beräknas enligt palliativregistrets resultatpresentation.

De kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform under mätperioden har förbättrat de fyra indikatorerna med 10 procent eller mer eller de som under mätperioden har en genomsnittlig måluppfyllelse för de fyra indikatorerna på 60 procent eller mer får vara med och dela på ytterligare 20 miljoner kronor. (Om resultatet för en indikator når 100 procent räknas förbättringen som det som är högst av 10 procent eller den verkliga förbättringen).

Beräkning av prestationsersättning sker på kommunnivå där kommunerna erhåller 70 procent och landstingen 30 procent av den totala ersättningen. Fördelningen mellan kommunerna sker utifrån antalet personer 65 år eller äldre i befolkningen.

Preventivt arbetssätt

Att arbeta för att förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen är viktigt för de äldres hälsa och välbefinnande. Olika professioner inom vård och omsorg arbetar dagligen med dessa områden och de har en stark koppling till varandra; t.ex. har en undernärd person större risk för att falla och ådra sig en höftfraktur samt löper större risk att utveckla trycksår.

Deltagande i kvalitetsregistret Senior alert innebär att personalen får stöd att bedriva ett aktivt förbättringsarbete med ett förebyggande syfte. Registrering görs för alla över 65 år vid inskrivning eller ankomst till ett sjukhus, särskilt boende, korttidsverksamhet, hemsjukvård, hemtjänst etc. En standardiserad riskbedömning av individens risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen föregår varje registrering. Alla personer med risk erbjuds evidensbaserade förebyggande åtgärder som dokumenteras i en individuell åtgärdsplan. Åtgärderna följs upp och utvärderas.

Deltagande i registret har ökat sedan prestationsersättning infördes våren 2010: från 6 till samtliga landsting och från 10 till 284 kommuner hösten 2013. Sedan 2008 har närmare 715 000 riskbedömningar registrerats i registret och varje månad görs cirka 25 000 riskbedömningar. 75 procent av alla personer med en risk för fall, undernäring eller trycksår har fått minst en åtgärd insatt. 2013 infördes munhälsobedömning i Senior alert och cirka 66 000 bedömningar har hittills utförts i 209 kommuner och landsting.

Störst risk för fall, trycksår och undernäring har äldre personer som bor i särskilda boenden för äldre (SÄBO). 2012 inleddes därför en satsning i kommunerna på att samtliga relevanta verksamheter i SÄBO registrerar i Senior alert. Detta har lett till att 66 procent av alla som bor i särskilda boenden har erhållit en riskbedömning med registrering i Senior Alert under 2013. I 130 kommuner är täckningsgraden för Senior alert i SÄBO 90 procent eller mer.

För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet när det gäller det preventiva arbetet för de mest sjuka äldre ges fortsatt stöd till de enheter och verksamheter som registrerar, riskbedömer och sätter in åtgärder för dem som behöver detta samt följer upp åtgärderna genom att använda sig av kvalitetsregistret Senior alert.

Prestationsersättning 2014

Ett grundläggande krav för att få del av medlen är att kommunen deltar¹ i punktprevalensmätningar som sker i regi av Senior alert. 50 miljoner kronor fördelas till de kommuner, som för minst 90 procent av dem som bor i särskilda boenden och korttidsboenden för äldre, oavsett driftsform, genomfört riskbedömningar och planerat förebyggande åtgärder med registrering i Senior alert.

50 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform genomfört riskbedömningar, planerat förebyggande åtgärder och gjort uppföljning med registrering i Senior alert när det gäller sjukhus, vårdcentral, hemtjänst och hemsjukvård. Medlen fördelas med 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstingen.

20 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform utfört bedömning av munhälsa enligt Revised Oral Assessment Guide

¹ Vad som menas med deltar definieras i genomförandeplanen.

(ROAG) med registrering i Senior alert. Medlen fördelas med 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstingen.

God vård vid demenssjukdom

I Sverige finns cirka 150 000 personer med demenssjukdom varav cirka 12 000 är under 65 år. Årligen insjuknar omkring 24 000 personer. Demenssjukdomar skapar stort lidande både för den som drabbas och de anhöriga. Eftersom sjukdomarna inte går att bota inriktas samhällets insatser på att diagnostisera, symptomlindra och ge god omvårdnad. Vård och omsorg om personer med demenssjukdom har målsättningen att ge den som är sjuk ett så bra liv som möjligt och underlätta för familj och vänner.

Svenska Demensregistret (SveDem) är ett nationellt kvalitetsregister avseende demenssjukdomar. Syftet är att förbättra kvaliteten i demensvården och målet är en likvärdig, optimerad behandling av patienter med demenssjukdom, där patienten följs med årliga uppföljningar. De kvalitetsindikatorer som registreras är exempelvis att demensutredning görs enligt de nationella riktlinjerna, att behandling med demensläkemedel för vissa typer av demenssjukdom ges och att boende i enheter särskilt anpassade för personer med demenssjukdom erbjuds vid svår demenssjukdom. SveDem används i alla landsting med hög täckningsgrad på specialistnivå (mer än 90 procent) men har betydligt lägre täckningsgrad inom primärvården. Hösten 2011 var 80 av cirka 1 200 vårdcentraler anslutna till registret, hösten 2013 – efter att prestationsersättning införts – var över 800 anslutna. Anslutningsgraden i primärvården behöver dock öka ytterligare för att förbättra täckningsgraden.

90 procent av alla personer med demenssjukdom får någon gång problem med beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD, såsom t.ex. aggressivitet, oro, hallucinationer och sömnstörningar. De olika symptom som kan uppträda vid demenssjukdom kan inte alla behandlas på ett och samma sätt. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symptomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem och svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Det kan också vara orealistiska eller för stora krav på den demenssjuke, brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller olämpliga läkemedel. Symptomen kan också bero på personens hjärnskada. Grunden för behandlingen är enligt de nationella riktlinjerna för demens en personcentrerad omvårdnad och en översyn och anpassning av den fysiska miljön.

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD) registrerar beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Behandlingsmetodiken som utgör grunden för BPSD-registrets arbetssätt bygger på en skattning av olika symptom som bemöts med olika åtgärder som följs upp med en ny skattning. Arbetssättet är mycket lovande med stora möjligheter att förbättra vården och minska lidande för personer med demenssjukdomar. Intresset att ansluta vård- och omsorgsenheter är mycket stort och redan deltar 264 kommuner och närmare 12 000 personer har fått en eller flera bedömningar.

För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet ytterligare när det gäller vården och omsorgen om personer med demenssjukdom, ges fortsatt prestationsbaserat stöd till de verksamheter som registrerar i kvalitetsregistren SveDem och BPSD.

Prestationsersättning 2014

25 miljoner kronor fördelas till landsting i relation till antalet personer som nyinsjuknat i demenssjukdom, erhållit utredning med registrering i SveDem och fått diagnos i primärvården (vårdcentralerna), oavsett driftsform och 25 miljoner kronor till landsting för uppföljning i primärvården av personer som har en diagnosticerad demenssjukdom och registrerats i SveDem.

50 miljoner kronor fördelas till de kommuner, vars utförare oavsett driftsform inför ett standardiserat arbetssätt vid BPSD-symptom och registrerar i BPSD-registret. Prestationsersättningen utbetalas till kommunerna i relation till antalet utförda registreringar i BPSD-registret.

God läkemedelsbehandling för äldre

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Detta är mest påtagligt för äldre i särskilda boendeformer men också multisjuka äldre i ordinärt boende är idag ordinerade i medeltal 8–10 olika läkemedel. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och negativa läkemedelsinteraktioner. Ett flertal studier har också visat att det förekommer irrationell och potentiellt olämplig behandling med vissa läkemedel, bland annat antipsykotiska läkemedel, läkemedel med antikolinerga effekter, långverkande lugnande medel, sömnmedel och antiinflammatoriska läkemedel, bland dem som är 75 år och äldre.

En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus beror på läkemedelsbiverkningar.

Vissa tillstånd hos äldre kan med framgång behandlas icke-farmakologiskt, dvs. med andra behandlingsformer än läkemedel. Ibland kan första behandlingen exempelvis vara ändrad livsföring eller kostförändringar vid sömnbesvär. Vid förstoppning kan första åtgärd vara ökad motion. Vid beteendesyntom hos en person med demenssjukdom, bör behovet av god omvårdnad och boendemiljö tillgodoses först innan läkemedelsbehandling övervägs. Teamarbetet, där olika personalkategoriernas professionella kunskap bidrar, kan komplettera läkarens bedömning och behandlingsförslag.

För att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre ges ett resultatbaserat stöd om sammanlagt 300 miljoner kronor till kommuner och landsting som minskar användningen av följande läkemedel²:

- **Olämpliga läkemedel.** Definition: långverkande bensodiazepiner, läkemedel med betydande antikolinerga effekter, tramadol och propiomazin. Dessa läkemedel har hög risk för biverkningar hos äldre. Dessa preparat bör endast användas om det finns välgrundad och aktuell indikation och förskrivande läkare har bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör dessutom följas upp och omprövas regelbundet med täta intervall.
- **Adekvat användning av läkemedel mot psykos.** För dessa läkemedel finns indikation vid psykossjukdom, annan sjukdom med psykotiska symptom, och vissa allvarliga beteendesyntom vid demens t.ex. aggressivitet. Preparaten är starkt förknippade med

² Valda läkemedel bygger på Socialstyrelsens rapport Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre 2010.

biverkningar av olika slag som t.ex. passivitet och kognitiva störningar. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner samt en ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom.

- Användningen av antiinflammatoriska läkemedel. Dessa läkemedel (Cox-hämmare, NSAID) medför vid behandling av äldre en ökad risk för sår och blödningar i magtarmkanalen, vätskeretention, hjärtinkompensation samt nedsatt njurfunktion. De kan dessutom genom läkemedelsinteraktion minska effekten av både diuretika, ACE-hämmare och betareceptorblockerare, som används vid behandling av hjärtsvikt och högt blodtryck. Vidare finns vetenskapliga belägg för att åtminstone vissa antiinflammatoriska medel kan öka risken för hjärtinfarkt och stroke.

Prestationsersättning 2014

100 miljoner kronor fördelas till de län som under minst 4 av 6 månader 2014 minskar värdet på indikatorn *Olämpliga läkemedel för dem som är 75 år och äldre* jämfört med motsvarande månad 2013, 100 miljoner kronor till de län som under minst 4 av 6 månader 2014 minskar värdet på indikatorn *läkemedel mot psykos för dem som är 75 år och äldre* jämfört med motsvarande månad 2013 och 100 miljoner kronor till de län som under 4 av 6 månader 2014 minskar *användningen av antiinflammatoriska läkemedel för dem som är 75 år och äldre* jämfört med motsvarande månad 2013. Mätperioden fastställs i genomförandeplanen. 70 procent av medlen för ett län som uppnått uppsatta mål för läkemedelsindikatorerna utbetalas till kommunerna och 30 procent till landstinget i länet.

Sammanhållen vård och omsorg

Många äldre saknar förmåga att hantera och administrera nödvändiga och ofta frekventa kontakter med vården och omsorgen. Det är lätt att den som är sjuk och gammal hamnar mellan stolarna trots många kontakter och mycket personal runt den äldre. De mest sjuka äldre har av naturliga skäl ett särskilt stort behov av en individanpassad, samordnad och kontinuerlig vård och omsorg som ställer stora krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan över specialitets-, professions- och organisationsgränser. Problemet är att vården och omsorgen inte är uppbyggd för att på ett lämpligt sätt möta äldre sköra personer med omfattande eller snabbt föränderliga behov. Inriktningen måste vara att skapa en sammanhållen vård och omsorg av god kvalitet som bidrar till att de mest sjuka äldre känner sig trygga och att behovet av slutna hälso- och sjukvård därmed kan minska. Det krävs i detta sammanhang åtgärder för såväl organisation och annan infrastruktur som åtgärder för ökad kompetens inom planering och direkt verksamhet.

Den dagliga vården och omsorgen om äldre ska säkerställa och förebygga att den enskilde inte drabbas av sjukdomstillstånd som leder till inläggning i slutenvård som hade kunnat undvikas, s.k. "undvikbar slutenvård". Exempel på sådana sjukdomstillstånd kan vara hjärtsvikt, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och diabetes. För den enskilde äldre kan en resa till akutsjukvården innebära onödigt och farligt exponering för infektioner, långa väntetider och ökade förvirringstillstånd.

För att ur ett hälsofrämjande perspektiv åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg som utvecklar vård, rehabilitering och ett tryggt och gott omhändertagande utifrån den äldres behov, ges resultatbaserat stöd till kommuner och landsting. För att mäta utvecklingen används de etablerade indikatorerna "undvikbar slutenvård" och "återinläggning inom 30

dagar”. 70 procent av medlen ges till kommuner och 30 procent till landsting som på länsnivå uppnår uppsatta mål.

Prestationsersättning 2014

En förutsättning för att få del av medlen är att landstingens inrapportering av data sker månadsvis. Rapporteringen ska finnas i SKL:s databas senast den 20:e månaden efter den månad som mätperioden avser. Rapporteringen ska göras i enlighet med de riktlinjer som Sveriges Kommuner och Landsting sätter upp för rapporteringen. Från och med den 20 januari 2014 ska landstingen även rapportera in data per vårdcentral och enhetsnivå. Från och med den 20 april 2014 ska landstingen även för varje kommun inom landstingsområdet rapportera antal vårddygn på sjukhus för personer 65 år och äldre som avser vård av personer efter att de bedömts utskrivningsklara.

50 miljoner kronor fördelas till de län som under minst 4 av 6 månader 2014 minskar värdet på indikatorn *Undvikbar slutenvård* jämfört med motsvarande månad 2013. 200 miljoner kronor fördelas till de län som under 4 av 6 månader minskar värdet på indikatorn *Återinläggningar inom 30 dagar* jämfört med motsvarande månad 2013. Mätperioden fastställs i genomförandeplanen. 70 procent av medlen för ett län som uppnått uppsatta mål för nämnda indikatorer utbetalas till kommunerna och 30 procent till landstinget.

Analysarbete

Medel ges till varje län för att utveckla ett lokalt och mellan huvudmännen gemensamt analysarbete av indikatorerna Undvikbar slutenvård och Återinläggningar inom 30 dagar. Analyser ska kunna besvara frågorna varför och när patienter i målgruppen har behandlats i slutenvård, vilka diagnoser och patientgrupper som har varit aktuella samt på vilket sätt slutenvård hade kunnat undvikas i de enskilda fallen. Analysen ska ha ett individperspektiv och omfatta både kommunens och landstingets ansvarsområden. Den lokala analysgruppen ansvarar för att löpande återföra resultat och erfarenheter från sitt analysarbete till Ledningskraft och den gemensamma analysarbetsgruppen. För detta ändamål avsätts 26,5 miljoner kronor för 2014 (2 mkr vardera till de tre storstadslänen och 1 mkr vardera till resterande län och 2,5 mkr till SKL för nationell samordning och arbetet med analys- och utdatabasen). Kretsen personer som har kompetens att administrera utdatabasen bör utökas och en funktion som regelbundet kvalitetssäkrar uppgifterna inrättas.

6 Kortfattad sammanfattning i tabellform

Satsningar 2014	Mnkr	Sidnr
God vård i livets slutskede	70,0	10
Preventivt arbetssätt	120,0	11
God vård vid demenssjukdom	100,0	12
God läkemedelsbehandling för äldre	300,0	14
Sammanhållen vård och omsorg	250,0	15
Analysarbete	26,5	16
Utvecklingsledare	72,0	5
Ledningskraft	12,0	6
Äldres psykiska ohälsa	3,0	7
Kvalitetssäkrad välfärd	8,0	8
Stöd till kvalitetsregister	31,0	8

Nationell samordning	8,5	9
Totalt	1 001,0	

7 Åtterrapportering

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting är ense om att överenskommelsen ska följas upp och åiterrapporteras. För varje insats som Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för ska Sveriges Kommuner och Landsting till Regeringskansliet (Socialdepartementet) lämna en verksamhetsrapport. I verksamhetsrapporten ska Sveriges Kommuner och Landsting redogöra för vilka aktiviteter som genomförts, hur arbetet har utvecklats utifrån uppsatta mål och om uppsatta mål med insatsen inte uppnåtts redovisa orsakerna därtill. En prognos över bidragsförbrukning för 2014 samt en delredovisning avseende verksamheten ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 10 oktober 2014. Sveriges Kommuner och Landsting ska lämna en slutlig verksamhetsrapport senast den 31 mars 2015. I verksamhetsrapporten ska Sveriges Kommuner och Landsting redogöra för den verksamhet som bedrivits med stöd av bidraget. Redovisningarna ska ange Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringens beslut om utbetalning. De ska också vara undertecknade i original av en behörig företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting.

Kommuner och landstingen ska, för att komma i fråga för ersättning, redovisa sina resultat gällande prestationer för de olika indikatorerna till Sveriges Kommuner och Landsting som i sin tur rapporterar in resultaten till Socialstyrelsen senast den 1 november 2014. Sveriges Kommuner och Landsting åtar sig löpande uppföljning av grundkraven med åiterrapportering till Socialstyrelsen senast den 1 oktober 2014. Socialstyrelsen kommer att ges ett uppdrag att ansvara gentemot regeringen för att göra en samlad bedömning av uppställda krav och resultat från kommuner och landsting samt att ta fram en mall för redovisning av grundläggande krav nr 2.

8 Beslut om utbetalning av medel

Beslut om utbetalning av medel sker i separat regeringsbeslut ställt till Kammarkollegiet. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagspost 1 Äldresatsning med 320 000 000 kronor och resterande anslag 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken, anslagspost 20 Sammanhållen vård och omsorg om äldre. Som underlag för utbetalning av medel ska Sveriges Kommuner och Landsting under januari 2014 komma in med en plan för genomförandet av överenskommelsen.

9 Gemensam uppföljning av indikatorerna

För att kunna följa utvecklingen och kunna överväga alternativa mått eller förändringar i dessa och för att möjliggöra analys av utvecklingen finns en gemensam analys- och utdatabas och en gemensam analysarbetsgrupp. Det huvudsakliga arbetet med att sköta och utveckla databasen utförs av SKL. Aggregerade data från databasen ska levereras till Regeringskansliet på ett strukturerat gränssnitt.

Den gemensamma analysarbetsgruppen ska ta fram variabler med exakta definitioner och specificera databasstruktur, teknisk plattform etc. Arbetsgruppen ska även upprätta en driftsplan med angivande av ansvariga, kalendarium för leveranstidpunkter för alla aktörer

samt analysera data. Gruppen ska också löpande analysera och rapportera om utvecklingen till alla berörda och stödja en pedagogisk kommunikation av resultat till kommuner och landsting. Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för att på webben genom en utdataportal snabbt återkoppla resultaten månadsvis.

10 Redovisning av ekonomiska medel och återbetalning

En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen har använts ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2015. Redovisningen ska göras enligt formulär Ekonomisk redovisning, som bifogas denna överenskommelse (*bilaga 3*). I redovisningen ska finnas information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag och ekonomichefen (eller motsvarande) på Sveriges Kommuner och Landsting ska granska och intyga uppgifterna under punkt tre i formuläret till den ekonomiska redovisningen (se bilaga 3). Redovisningen ska ange Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringens beslut om utbetalning. Den ska också vara underskriven i original av en behörig företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting. Om redovisning inte inkommer i tid kan Regeringskansliet (Socialdepartementet) återkräva stödet. Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har också rätt att begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning. Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet (*bankgiro 5052–5781*) senast den 31 mars 2015.

11 Utvärdering av överenskommelsen

Överenskommelsens olika delar sett över tid ska enligt ett särskilt regeringsuppdrag följas upp och utvärderas av Statskontoret.

12 Godkännande av överenskommelsen


Överenskommelsen gäller för verksamhet till och med den 31 december 2014. Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landstings styrelse samt att riksdagen beviljar medel för ändamålet för respektive år.

För staten genom Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och Landsting

Stockholm den 11 december 2013

Stockholm den 9 december 2013



Lena Furmark
Statssekreterare



Ragnwi Marcelind
Statssekreterare



Håkan Sörman
Verkställande direktör

Bilaga 1 Mål för regeringens äldrepolitik

Mål 2011–2014

1. Skapa samverkan och samordning
 2. God hälsa, vård och omsorg
 3. God och säker läkemedelsanvändning
 4. God vård i livets slutskede
 5. God vård vid demenssjukdom
 6. Bättre ta tillvara individens och anhörigas resurser och synpunkter
 7. Utveckla kunskap, kvalitet och kompetens
 8. Uppföljning och utvärdering
-
1. Skapa samverkan och samordning
 - Struktur för ledning och styrning i samverkan finns i alla län
 - En gemensam handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre finns i varje län
 - Ersättningsystem som stödjer vård och omsorg om de mest sjuka äldre och samverkan är utvecklade
 - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns i alla verksamheter
 2. God hälsa, vård och omsorg
 - Samordningsinsatser för äldre finns tillgängliga för personer i målgruppen
 - Lokala värdighetsgarantier finns i en majoritet av landets kommuner (särskild satsning i Socialstyrelsens regi och finansierad utanför äldresatsningen)
 - Personer med insatser från båda huvudmännen har en individuell plan
 - Alla personer i målgruppen har en fast vårdkontakt
 - Preventivt arbetssätt med stöd av Senior alert används i alla relevanta verksamheter
 - Tydligt definierat uppdrag för primärvården för de mest sjuka äldre
 3. God och säker läkemedelsbehandling
 - Läkemedelsbehandling ska följa Socialstyrelsens indikatorer för God läkemedelsterapi för äldre
 - Antal äldre som drabbas av läkemedelsrelaterade problem ska minimeras
 4. God vård i livets slutskede
 - Nationella vårdprogrammet för palliativ vård och Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård ska vara implementerade i alla berörda verksamheter
 - Svenska palliativregistret används i alla berörda verksamheter
 5. God vård vid demenssjukdom
 - Nationella riktlinjer för personer med demens ska vara implementerade i alla berörda verksamheter

- Svenskt Demensregister och Svenskt register för Beteendestörningar och Psykiska Symptom vid Demens används i alla berörda verksamheter

6. Ta tillvara individens och anhörigas resurser och synpunkter

- Med hjälp av nationella och internationella undersökningar följs de äldres bedömningar av vården och omsorgen regelbundet upp
- Nytt instrument för att bättre följa de äldres synpunkter utvecklas
- Underlag tas fram för att värdera metoder för anhörig- och brukarrevision
- Underlag tas fram för att värdera effekten av förebyggande hälsosamtal för äldre

7. Utveckla kunskap, kvalitet och kompetens

- Rapporteringen till relevanta kvalitetsregister har hög nationell täckningsgrad
- Relevanta indikatorer för kvalitetsuppföljning i Öppna jämförelser för äldre presenteras årligen
- Höjd kompetens för baspersonalen inom äldreomsorgen (särskild satsning genom Omvårdnadslyftet och finansierad utanför äldresatsningen)
- En ökad andel av personalen har eftergymnasial vård- eller omsorgsutbildning (särskild satsning genom Socialstyrelsen och finansierad utanför äldresatsningen)
- Personalen har utbildning i värdegrundsarbete (särskild satsning genom Socialstyrelsen och finansierad utanför äldresatsningen)
- Chefer i kommunernas vård och omsorg har adekvat ledarkompetens (särskild satsning på ledarskapsutbildning som finansieras utanför äldresatsningen)
- Utbildning av relevant personal i geriatrik, gerontologi och gerodontologi ökar (särskild satsning genom Omvårdnadslyftet och ledarskapsutbildning som finansieras utanför äldresatsningen)
- Satsning inom äldreforskning (särskild satsning som finansieras utanför äldresatsningen)

8. Uppföljning och utvärdering

- Uppföljning och utvärdering av oberoende part
- Årlig utvärdering
- Utvärdering av projektet 2014

Bilaga 2 Uppdrag till Socialstyrelsen

Som ett led i regeringens satsning på insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre kommer Socialstyrelsen att under 2014 få använda 126 500 000 kronor till följande uppdrag.

1. Primärvårdens ansvar och insatser

Med utgångspunkt i genomförd kartläggning och analys av primärvårdens uppdrag och insatser, korttidsboende samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor, rehabiliteringsansvarig och socialt ansvarig fördjupa analys och precisera lämpliga åtgärder

2. Nationella riktlinjer

Påbörja revideringen av gällande Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom från 2010 med utgångspunkt i genomförd utvärdering av riktlinjerna.

3. Äldres behov i centrum

Fortsätta arbetet med att introducera och stödja införandet av det för kommunerna frivilliga, behovsriktade och systematiska arbetssättet, Äldres behov i centrum (ÄBiC), med strukturerad dokumentation av äldres behov utifrån internationell klassificering av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Under 2014 ska Socialstyrelsen erbjuda utbildning till lokala processledare som når samtliga kommuner samt ta fram stödmaterial och vägledning. I samverkan med SKL, Famna och Vårdföretagarna ska en plan utarbetas för förvaltning, fortsatt utveckling och genomförandestöd, inklusive regionalt stöd till processledare för ÄBiC från 2015 och framåt. Regeringens inriktning på området framgår av prop. 2009/10:116, s.47. Socialstyrelsen ska fördela 70 miljoner kronor till de kommuner som utbildat processledare från 1 januari – 1 oktober 2014. Prestationsersättningen utbetalas till kommunerna i relation till antalet utbildade processledare. Ersättningen kan utgå till högst två processledare per kommun (stadsdel i större städer).

4. Nationell informationsstruktur

Vidareutveckla nationell informationsstruktur avseende dokumentation för socialtjänsten och för äldreomsorg samt journalföring för kommunal hälso- och sjukvård, vidareutveckla metoder för användning av nationellt fackspråk när det gäller dokumentation inom socialtjänsten samt utveckla klassifikation av socialtjänstens insatser.

5. Systematiska översikter

Fortsätta arbetet med att ta fram två systematiska översikter eller kartläggningar om vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Minst en rapport kommer att beröra kvalificerad hemtjänst och hemsjukvård.

6. Läkemedel

Genomföra fördjupade studier av läkemedelsförskrivning hos äldre som kan innebära ökad risk för död och allvarliga biverkningar. Göra en sammanställning av kunskaper om vad som bör göras för att upptäcka, identifiera och hantera läkemedelsorsakade sjukdomstillstånd för att så långt möjligt förebygga dessa. Sprida och uppdatera den webbutbildning om läkemedelsgenomgångar som presenterades under 2013. Fortsätta

arbetet med att producera, lansera och följa upp webbutbildning för AT-läkare kring äldre och läkemedel. Syftet är att stärka deras kompetens om läkemedelsbehandling.

7. Hälsoärende och process-id

Fortsätta arbetet med hälsoärende och analysera förutsättningarna för process-id inom socialtjänsten. En sammanfattande rapport om rättsliga, begreppsmässiga och praktiska förutsättningar att använda process-id i socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska utarbetas. Syftet är att ta fram förslag på hur informationen från individanpassade vård- och omsorgsprocesser kan visas upp i hälsoärenden och därmed möjliggöra en samlad bild över individens/patientens väg genom vården och omsorgen. Detta skapar förutsättningar för bättre information under pågående vård och omsorg samt förutsättningar för uppföljning och analys av resultat för hela eller delar av vård- och omsorgsprocessen. Uppdraget ska utföras med beaktande av den pågående utredningen på området.

8. Utveckling av statistiken

Fortsätta utvecklingen av statistiken över äldres vård och omsorg genom att utveckla en automatiserad statistikproduktion, utveckla och skapa förutsättningar för insamling av uppgifter om grunden för beslut om äldres behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård samt utarbeta en plan för fortsatt utveckling.

9. Utveckling av nya indikatorer

I samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Famna och Vårdföretagarna samt Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter och Sveriges Sjukgymnasters Riksförbund utveckla nya kvalitetsindikatorer, så långt som möjligt publicerade på enhetsnivå. Särskilt fokus ska läggas på att utveckla indikatorer som beskriver vård- och omsorgsprocesser, rehabilitering samt socialtjänstens äldreomsorg. Äldres besök vid sjukhusbundna akutmottagningar ska studeras för att få mer kunskap om hur mest sjuka äldres onödiga besök på akuten kan undvikas.

10. Utveckling av brukarundersökningen

Utveckla och genomföra brukarundersökningen om äldres uppfattningar om vård och omsorg när det gäller undersökningsmetod och antal deltagare i undersökningen så att resultat kan redovisas på enhetsnivå för särskilt boende och hemtjänst. Uppdraget ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Myndigheten för vårdanalys, Famna och Vårdföretagarna.

11. Bedömning mot uppställda krav i överenskommelsen om mest sjuka äldre

Genomföra en bedömning av om kommuner och landsting uppnått uppställda grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2014. I uppdraget ingår också att ta fram en mall för hur grundläggande krav nr 2 ska redovisas och att tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting delta i arbetet med att utveckla den gemensamma utdatabasen för analys och presentation av överenskommelsens prestations- och resultatindikatorer.

12. Utvärdering av försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg

Utarbeta en slutrapport från utvärderingen av försöksverksamheter i kommuner och landsting med en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

13. God kvalitet inom vård och omsorg om äldre

Fortsätta arbetet med att precisera vad som är god kvalitet för vård och omsorg om mest sjuka äldre enligt gällande regelverk och bästa tillgängliga kunskap. En vägledning ska utarbetas.

14. Analys av hemtjänst och hemsjukvård

Påbörja ett arbete med att beskriva och analysera hur väl hemtjänstens och hemsjukvårdens innehåll och organisering svarar mot de behov och förutsättningar som de mest sjuka äldre har. Inriktningen ska vara att genomföra en systemanalys inom området. Arbetet ska relatera till den kunskapsöversikt som också ska utarbetas.

Bilaga 3: Utformning av rekvisition och ekonomisk redovisning

Rekvisition av bidrag

1 Kontaktuppgifter

Bidragsmottagare

Organisationsnummer

Kontaktperson

Postadress

Telefon inkl. riktnummer

Faxnummer

E-postadress

2 Bidrag som ansökan avser

Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse

Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning

Överenskommelsens benämning

Belopp som rekvireras

Rekvisitionen avser perioden

3 Uppgifter för utbetalning

Bankgiro/Plusgiro

Önskad betalningsreferens

4 Underskrift i original av behörig företrädare

Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Ekonomisk redovisning

1 Kontaktuppgifter

Bidragsmottagare
Organisationsnummer
Kontaktperson
Postadress
Telefon inkl. riktnummer
Faxnummer
E-postadress

2 Bidrag som ansökan avser

Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse
Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning
Överenskommelsens benämning
Summa bidrag enligt överenskommelsen
Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet
Period som den ekonomiska redovisningen avser

3 Redovisning av verksamhet eller aktivitet

Bidrag
 Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet
Kostnader
 Kostnader (specificera större kostnadsposter)
 Summa kostnader
Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)

4 Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen

Alt 1: *N.N (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt.*

Alt 2: *N.N (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.)*

Namn
Befattning
Telefon inkl. riktnummer
E-postadress

5 Underskrift i original av behörig företrädare

Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga.

Datum
Underskrift
Namnförtydligande